

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 153

DE
L'APPENDICECTOMIE
Sous-Séreuse

(PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR PONCET)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH PONCIN

Né à Champier (Isère), le 7 août 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 153

DE
L'APPENDICECTOMIE
Sous-Séreuse

(PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR PONCET)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH PONCIN

Né à Champier (Isère), le 7 août 1875



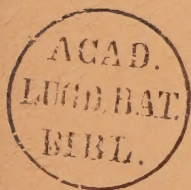
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901



PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.	
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)	
Thérapeutique	ARLOING.	
Pharmacologie	LACASSAGNE.	
	COURMONT.	
	SOULIER.	
	CROLAS.	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agréé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;
MM. ROLLET et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A CEUX DE MA FAMILLE

QUI M'ONT PRÉCÉDÉ DANS LA CARRIÈRE MÉDICALE

PRÉLIMINAIRES

C'est au Congrès français de Chirurgie de 1899 que M. Poncet appela, pour la première fois, l'attention sur un procédé opératoire spécial pour l'ablation de certains appendices enflammés.

Les premiers temps de l'opération sont ceux de toute appendicectomie, mais, arrivé sur l'organe malade, telle manœuvre particulière, pratiquée sur l'appendice, en rend l'extraction facile, innocente et mérite à cet acte opératoire le nom d'appendicectomie sous-séreuse.

Il s'agit, en effet, après avoir constaté que l'appendice est enfoui au milieu des anses intestinales et des tissus voisins auxquels il est intimement fixé par des adhérences inflammatoires, de le libérer et de l'extraire par un mode d'énucléation spécial qui

mérite bien le nom d'appendicectomie sous-séreuse, opération comparable, dans sa conception et son exécution, à la néphrectomie sous-capsulaire, à l'ablation sous-capsulaire de certains goitres, par exemple.

La même année, M. Vignard, dans son importante thèse inaugurale, mentionne l'appendicectomie sous-séreuse ; il rapporte l'observation clinique de M. Poncet qui fut le point de départ de sa communication, et signale d'intéressantes recherches sur la facilité plus ou moins grande de la séparation de l'appendice de sa gaine séreuse.

Dans un premier chapitre nous indiquerons rapidement les avantages des interventions sous-capsulaires, en général, et nous tâcherons de justifier l'assimilation de l'intestin et, en particulier, de l'appendice, à un organe capsulé en nous basant sur des observations cliniques et des expérimentations sur le cadavre. Puis, nous poserons les indications de l'appendicectomie en général, et de notre procédé en particulier.

Ensuite, nous signalerons les desiderata des différents moyens employés pour la résection de l'appendice. Enfin, après avoir décrit le *modus faciendi* de l'appendicectomie sous-séreuse, nous montrerons que, par cette simple modification de détail, on peut souvent combler ces lacunes.

En nous inspirant le sujet de ce travail inaugural et en acceptant d'en présider la soutenance, M. le professeur Poncet nous fait un honneur dont nous

comprenons tout le prix, encore que nous en soyons bien peu digne.

Que le docteur Vignard, prosecteur à la Faculté, dont la compétence en la matière nous seconda grandement, veuille bien accepter ici nos très vifs remerciements.

Nous devons aussi, au moment de quitter cette Faculté, témoigner notre profonde gratitude à ceux de nos maîtres qui, dès le début de notre scolarité, nous ont porté de l'intérêt et nous ont prodigué leurs conseils, à MM. Auguste Pollosson, Lannois, Gangolphe, Pic, Commandeur et Villard.

A l'hôpital Saint-Joseph, où se rattachent nos dernières années d'étude, nous avons eu la bonne fortune d'être l'interne de MM. Clément et Chabalier dont l'enseignement, essentiellement pratique, nous sera d'un grand secours auprès de nos nouveaux malades ; que ces maîtres dévoués daignent accepter l'assurance de notre sincère reconnaissance ainsi que MM. Goullioud et Rafin chez qui nous avons admiré bien des fois l'habileté opératoire et le sens clinique.

Notre cousin, le docteur Sérullaz, de Vaugneray, à qui nous devons les quelques clartés que nous avons en psychiatrie, nous a toujours témoigné une bienveillance et une sollicitude que nous n'oublions pas.

Que nos camarades d'internat soient assurés que nous nous rappellerons toujours avec plaisir les heureux moments passés près d'eux.

J. P.

CHAPITRE PREMIER

§ I. — Des interventions sous-capsulaires en général.

Depuis longtemps déjà, dans les interventions viscérales — rein, corps thyroïde, ovaire — les chirurgiens se sont efforcés d'opérer sous la capsule de l'organe, pour mieux éviter de léser les viscères voisins.

Sans entrer dans un historique qui serait ici déplacé, nous ferons remarquer que les interventions sous-capsulaires ont une histoire plutôt récente qu'illustrent, en particulier, les noms des chirurgiens lyonnais.

La chirurgie de la glande thyroïde nous fournit surtout des exemples, ainsi que celle du rein que

l'on aborde souvent par dessous son enveloppe.

L'énucléation des goitres, comme procédé de choix, a été préconisée par de nombreux chirurgiens lyonnais : Jaboulay, Poncet, Nové-Josserand. Dès 1889 Socin et Kocher avaient employé le procédé qu'étudia Fontaine de Prelle dans sa thèse de Lyon, 1892.

A la technique opératoire des perfectionnements n'ont pas tardé à être apportés et, l'an dernier encore, M. Nové-Josserand inspirait la thèse de Gondrand. Dans ce travail il ne s'agit plus tant de l'énucléation des goitres, procédé surtout applicable à l'ablation des kystes thyroïdiens, que de l'évidement des goitres. Et, par l'évidement, on pourra s'attaquer à des goitres, non plus kystiques, mais parenchymateux.

Sans plus insister sur les exemples pris à la chirurgie du rein (néphrectomies sous-capsulaires), ou de l'ovaire (décortication sous-capsulaire de tumeurs adhérentes), nous allons indiquer en quelques mots les avantages que l'on a en restant sous la capsule des organes au cours d'une intervention, en employant ces procédés dits « sous-capsulaires ».

Le premier avantage et, peut-être, le plus important, c'est d'éviter l'infection des organes voisins, de rendre plus rares les chances de contamination au cours de l'intervention. C'est aussi, au cas où cette infection se produirait, l'avantage de la localiser le plus possible, partant, de la rendre moins préjudiciable au malade et d'éviter tantôt la péritonite, tantôt le phlegmon du cou, etc..., dont les pronostics ne laissent pas d'être sombres.

Le second avantage n'est pas minime non plus. Comme on intervient sur des organes malades, ces organes ont réagi contre les différents processus pathologiques et, à la faveur de cette réaction défensive, des adhérences se sont formées entre eux et les organes voisins.

Or, en opérant sous la capsule, on peut respecter ces adhérences, si l'on a à redouter les hémorragies par ruptures vasculaires, ou la déchirure d'organes importants repoussés, par le fait, en dehors du champ de l'opération.

§ 2. — Assimilation de l'intestin à un organe capsulé.

Ce sont ces procédés sous-capsulaires que l'on a cherché à généraliser et à employer pour la chirurgie intestinale. En effet, on conçoit de quelle utilité peut être une telle méthode quand on opère sur le tube digestif, tout près de la séreuse péritonéale dont les réactions inflammatoires ne vont pas sans mettre en jeu la vie même d'un opéré.

Mais, quelle sera la capsule de l'intestin ?

L'organe est revêtu de sa séreuse qui se dédouble — comme on sait — en deux feuillets, l'un pariétal, l'autre viscéral. Appliqué contre l'organe, ce dernier feuillet le revêt en épousant fidèlement les formes

et le trajet du tractus intestinal. L'appendice, en particulier, est entouré, ainsi que le cœcum, par un doublement des deux feuillets du mésentère, au niveau de l'angle iléo-colique.

Sur le bord interne et l'extrémité libre du processus vermiforme, le feuillet viscéral de la séreuse (le seul qui nous occupe ici) s'adosse à lui-même. Il revêt, en même temps, la veine et l'artère appendiculaires qui, allant aboutir respectivement à l'artère et à la veine iléo-coliques, au niveau de l'angle iléo-colique, s'écartent peu à peu de l'appendice, d'autant plus qu'ils remontent davantage vers l'iléon. Ainsi se trouve constitué le méso-appendice. Il peut être considéré comme un organe falciforme dont le bord externe arrondi contient l'appendice ainsi encaîné dans un fourreau séreux.

Voilà donc ainsi constituée la capsule de notre appendice, *capsule séreuse*, plus précisément capsule exclusivement viscéro-séreuse, puisque la séreuse pariétale ne nous intéresse pas ici.

Et, dans cette capsule, sont des vaisseaux faciles à ménager dans l'appendicectomie sous-séreuse.

Autour de cet appendice ainsi encapsulé, s'il survient un processus inflammatoire, il est de nature banale, d'après une loi d'anatomo-pathologie qu'il se formera des adhérences défensives.

Ces adhérences se feront justement par la face externe de ce que nous avons appelé *la capsule appendiculaire*, et elles amèneront sa coalescence avec le péritoine voisin par de solides tractus néoformés. A leur tour ceux-ci limiteront la péritonite appendi-

culaire, sauvegardant ainsi le malade contre l'infection généralisée de la séreuse, mais ils pourront, dans certains cas, gêner singulièrement l'opérateur.

En effet, le chirurgien sera pris dans ce dilemme : ou bien rompre des adhérences qui sont la planche de salut offerte au malade et dont la dissection est parfois impossible, ou bien laisser en place l'appendice sans le réséquer, laisser dans la plaie l'épineuse cause de tout le mal.

Car on ne nous reprochera pas d'admettre comme établis les deux points suivants :

1^o L'utilité des adhérences qui localisent, qui enkystent la péritonite.

2^o L'utilité de la résection de l'appendice toutes les fois qu'elle est possible et qu'elle n'amène pas une prolongation dangereuse de l'opération.

Ces deux questions ont été bien étudiées et dans une foule de travaux : dans la thèse de Vignard, dans celle de Kouindjy, dans la monographie de Legueu, dans la thèse de Gramboulan, dans les travaux de Routier, Quenu, Chailiol, Schwartz, Poncet.

Ici une objection se pose ou du moins, une question. Est-il possible d'assimiler la séreuse viscérale de l'intestin à une capsule, c'est-à-dire à une enveloppe facilement séparable de l'organe, ayant, en quelque sorte, une vie à part et surtout permettant la décortication de l'organe, ou bien, au contraire des adhérences, l'intimité des tissus empêche-t-elle cette décortication ?

On comprendra l'importance de ce détail au point de vue de la résection sous-séreuse de l'appendice.

Tous les traités d'anatomie mentionnent l'adhérence du feuillet viscéral du péritoine avec l'intestin, adhérence intime empêchant la dissection de ce revêtement mince et fragile.

Mais, déjà les mêmes auteurs ont bien soin d'indiquer que cette adhérence est beaucoup plus marquée dans certains points que dans d'autres et que, si la séreuse adhère parfaitement sur la plus grande partie de l'intestin grêle, la réunion est beaucoup moins intime déjà sur le gros intestin. Le gros intestin est donc, plus que l'intestin grêle, facile à décoriquer, à « décapsuler », si l'on nous permet l'expression.

Malheureusement, au sujet de l'appendice, les classiques restent muets et ne disent pas si l'on doit (au point de vue spécial qui nous occupe) le confondre avec le gros intestin ou avec le grêle.

C'est ce point que nous avons tenu à éclaircir tout d'abord.

Pour ce faire, nous avons eu recours aux lumières et à l'obligeance du docteur Vignard qui, déjà, dans sa thèse relate ses expériences à ce sujet. Nous avons pu nous assurer, en expérimentant sur le cadavre, que le péritoine viscéral se sépare assez facilement de la musculieuse appendiculaire. Donc, au niveau de l'appendice, le péritoine n'offre pas les adhérences que l'on rencontre sur l'intestin grêle. Et cela, non seulement quand il s'agit de sujets absolument sains, mais encore *dans les cas de péritonite où il*

semblerait que les adhérences dussent être beaucoup plus marquées.

Qu'on nous permette ici de citer ces quelques lignes que nous empruntons à la thèse de Vignard (1). « Frappé de la facilité avec laquelle il était venu à bout d'un appendice qui semblait ne pas pouvoir être enlevé, M. le professeur Poncet nous a suggéré l'idée de rechercher si cette décortication, ce que l'on pourrait appeler cette résection séro-séreuse de l'appendice, était possible.

« Nous l'avons répétée sur plusieurs sujets ; elle nous a toujours paru facile ».

On est donc autorisé à considérer l'appendice comme un organe capsulé par sa séreuse. On libère l'organe de cette capsule comme une main d'un gant ou une grenouille de sa peau.

(1) P. 92.

CHAPITRE II

Appendicectomie sous-séreuse. — Indications de l'appendicectomie en général et du procédé sous-séreux en particulier.

Au point de vue de l'appendicectomie dans l'appendicite, il faut distinguer trois écoles parmi les chirurgiens.

Les uns, reconnaissant que l'appendicite est la seule cause première de la maladie et reste une menace de rechute, l'enlèvent coûte que coûte, malgré les difficultés opératoires. Ils veulent que le malade s'en aille « avec son appendice dans sa poche » et ce sont là les « radicaux » comme les nomme M. Legueu, qui, à l'exemple de Brun, ne craignent pas, pour découvrir l'appendicite, d'explorer et de fouiller

minutieusement les néo-membranes épaisses qui le cernent et le cachent.

D'autres n'ont cure du processus vermiciforme et courent au plus pressé, ouvrent les cavités suppurantes et les drainent « invoquant à l'appui de leur pratique l'hésitation où l'on se trouve au sujet de la situation de l'appendice, la nécessité de le chercher au hasard, le danger, pour le trouver, de décoller des adhérences jeunes, d'amoindrir une paroi cœcale infiltrée et, en fin de compte, d'infecter la grande cavité péritonéale ».

La troisième école, l'autre parti si l'on veut, est celui des opportunistes. Enlevez l'appendice toutes les fois que vous le pourrez, c'est bien là le corps du délit, disent-ils. Mais, sous prétexte de débarrasser le malade de la cause première de son mal, n'allez pas le tuer sur votre table d'opération en prolongeant vos recherches malgré le mauvais état général, en ajoutant le choc opératoire à la maladie. Si le temps presse, si, bridé et caché par des adhérences, votre appendice se dérobe aux recherches, vous êtes coupable de prolonger l'opération, coupable de déchirer ces tractus qui viennent circonscrire la suppuration, empêchant l'extension du foyer septique et toxique à la fois.

Legueu se range du côté des opportunistes, mais il y met quelques réserves et sa conduite semble bien être celle de tous les chirurgiens qui ont beaucoup vu et opéré d'appendicites.

Il montre l'écueil que bravent les opportunistes et laisse entendre qu'il faut l'être, mais sans trop, quand

il nous dit : « Il faut un *danger vital* pour que le chirurgien se refuse à *rechercher* l'appendice » et s'arrête en chemin, car le processus conservé peut être le point de départ de fistules stercorales, provoquer de nouvelles crises, perspective rendant la cure radicale indispensable en principe, mais constituant des accidents relativement rares comme le montre la statistique de Coittier qui, recherchant l'avenir des appendiculaires opérés par Broca, ne trouve que trois interventions itératives sur 47 malades opérés la première fois sans résections..... « Frappé, dit Legueu, par les observations des autres, instruit par l'exemple, j'essaierai à l'avenir, plus que je ne l'ai fait jusqu'ici, de découvrir et d'enlever l'appendice. Mes recherches resteront prudentes, discrètes, limitées aux parois du foyer, et si l'appendice n'est pas trouvé à proximité, je l'abandonnerai sans regret ».

Cette troisième école, éclectique, intermédiaire, semble bien être la bonne, et d'ailleurs, ses partisans sont de plus en plus nombreux.

Ces divergences d'opinion nous montrent que les indications opératoires varient selon les cas ; elles nous montrent, d'autre part, qu'il y a deux contrindications à l'appendicectomie en général.

L'une relève de l'état général du malade et ne se rencontre que dans l'opération à chaud. Déjà infecté et intoxiqué par la maladie, le patient doit être opéré le plus vite possible. Pour lui le salut n'est plus une question de jours, mais une question d'heures, chaque instant d'expectation lui retire des chances de

guérison, et l'on comprend bien quelle lourde faute commettrait le chirurgien qui s'attarderait à rechercher un appendice dans de telles conditions. Evacuer le pus, sans anesthésie, le plus vite possible et, pendant l'opération même, réchauffer le malade et lui injecter du sérum artificiel, dont le mode d'action n'est pas nettement élucidé mais qui a donné des résultats merveilleux dans bien des cas ne semblant relever que des pompes funèbres. Dans de telles situations la recherche de l'appendice est contraindiquée pour peu qu'elle soit, non pas difficile, mais seulement laborieuse.

La seconde contrindication relève de l'état local, des adhérences qui viennent masquer l'organe, le dérober aux recherches les plus minutieuses, ou, simplement, rendre impossible ou dangereuse (par la rupture d'adhérences utiles) l'ablation totale de l'appendice. « Le respect des adhérences, dit Broca, est le commencement de la sagesse ».

Eh bien ! dans ces cas, l'appendicectomie sous-séreuse est appelée à rendre de réels services.

Qu'on nous permette d'entrer dans quelques détails pour préciser les *indications* du procédé sous-séreux.

Evidemment il existe des cas où les rapports de l'appendice sont tellement modifiés ou bien sa forme, des cas où le processus adhésif amène un tel bouleversement que le procédé sous-capsulaire ne pourra pas être d'un réel secours. Et nous aurions tort de le généraliser aux appendicites où, par exemple, on ne peut trouver le fond du cœcum, blindé qu'il est

d'adhérences qui le masquent. En recherchant la base du processus vermiforme on risque de ne pas atteindre son but.

Tels sont les cas rapportés par Trèves, Berger, Quénu (1), Smith (2), Reclus; le cas de Roux que note Gramboulan dans sa thèse.

M. Legueu rapporte le cas de Schwartz (3) qui, pendant une demi-heure s'efforce, sans résultat, de libérer l'appendice d'adhérences qui l'attachent à la fosse iliaque et finit par renoncer à l'appendicectomie; de Gérard Marchand qui, au cours de recherches laborieuses, déchire le cœcum en essayant de le libérer de l'appendice et doit faire une suture de plus de trois centimètres.

Dans un cas de Terrier, l'appendice se présentait comme une bride se dirigeant du cœcum à l'utérus, qu'elle réunissait encore à une anse intestinale. En essayant le décollement une large brèche fut faite à l'intestin.

On se demande si, dans ces cas, les opérateurs n'auraient pas réussi du premier coup par le procédé sous-séreux.

En tout cas il s'agit, d'autres fois, d'adhérences partielles de l'appendice limitées soit à la base de l'organe soit à son extrémité inférieure (normalement libre), soit à sa partie moyenne. Chez un opéré de Routier, l'adhérence de processus à la terminaison de l'intes-

(1) QUÉNU. — *Société Chir.*, 6 décembre 1893.

(2) CLARKE et SCHMIDT. — *The Lancet*, mai 1890.

(3) Traitement de l'appendicite.

tingrêle provoquait des douleurs atroces chaque fois que l'intestin se déplaçait ou augmentait de diamètre.

Si, dans ces cas d'adhérences localisées, vous sectionnez l'appendice vers sa base, cela sera difficile si cette base est adhérente et ne vous mettra pas à l'abri — ou du moins pas sûrement — de la lésion par tiraillement de l'organe auquel adhère l'appendice. Si l'adhérence siège à l'extrémité distale ou vers le milieu, une fois l'appendicectomie classique terminée, il restera la partie adhérente de l'organe dans la cavité péritonéale. Cette portion, il faudra, dans un second temps, la libérer pour l'extraire, sous peine de permettre la gangrène du segment sectionné. Et cette dissection de tractus plus ou moins consistants, parfois remarquablement solides (1), vous fera risquer de léser le segment intestinal ou l'organe auquel est uni l'appendice.

Au contraire, par l'appendicectomie sous-séreuse, dont nous fixerons plus loin la technique, vous opérez en dessous des adhérences, en dessous de la capsule péritonéale épaissie et vous n'enlevez que la musculuse et la muqueuse du processus vermi-

(1) Tout dernièrement Quénu réséqua un appendice formant la paroi d'un petit foyer chronique dans lequel se trouvait une anse intestinale adhérente. Le décollement de cette anse causa la déchirure de sa paroi, ce qui exigea la réparation de l'intestin. La même année, le même auteur trouva, chez une malade atteinte d'une appendicite et d'une salpingite concomittante, un foyer auquel adhéraient les anses intestinales, l'épiploon et l'appendice ; une des anses était perforée par le décollement. (Kouindjy : *Loco citato*).

forme, risquant ainsi beaucoup moins de léser le voisinage, évitant donc du même coup les perforations secondaires du tractus intestinal. Et les dangers que nous venons de relever existent bien réellement. Ne lisons-nous pas, en effet, dans la thèse de Vignard : « Ce qui fait la difficulté dans ces cas où l'appendice est enfoui et adhérent, c'est la peine que l'on éprouve à aller chercher son extrémité terminale pour ensuite la disséquer jusqu'à la base. »

« Au cours de ces manœuvres, on craint de rompre des adhérences, de voir se vider brusquement et en plein péritoine (car on ne voit pas au juste où finit l'appendice) des abcès que l'on préfère ouvrir séparément, à coup sûr et après avoir pris ses précautions ».

Et, à ce propos, M. Vignard relate un cas du professeur Poncet, dont nous reproduisons l'observation et dans lequel le maître lyonnais avait employé — avant de l'avoir érigé en procédé spécial — le procédé de l'appendicectomie sous-séreuse. Ce fut, du reste, à ce propos, que M. Vignard fit les expériences dont nous avons parlé plus haut et qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer.

Il y a fort à parier que l'appendicectomie sous-séreuse aurait réussi en présence d'un cas semblable de Routier (Communication à la Société de Chirurgie, 17 juillet 1895). L'appendice était collé par une gaine fort adhérente au cœcum. Le chirurgien surmonta, pour le libérer, de grosses difficultés et n'y arriva que par la pince et le bistouri, après de longs efforts.

Nous disons donc que, parmi les indications du procédé sous-séreux du professeur Poncet, l'une des plus évidentes se trouve réalisée quand il y a des adhérences au premier abord inextricables et d'une dissection dangereuse. Les dangers d'une telle dissection sont :

1^o La lésion d'organes voisins (annexes s'il y a des adhérences dans le petit bassin, gros vaisseaux (1), intestin s'il s'agit de coalescences appendiculo-intestinales).

2^o L'ouverture d'abcès péri-appendiculaires inondant la séreuse et amenant une septicémie péritonéale.

Disons, en passant, que, dans des cas semblables, certains auteurs au lieu d'inciser la collection mettent à son contact un tampon de gaze préparant le trajet par lequel le pus s'évacue impunément. Gerster, cité par Monod, faisait la laparotomie médiane, introduisait la main pour sentir où l'abcès était adhérent et y plantait un trocart sur lequel il incisait la collection, après avoir préalablement suturé la plaie de la laparotomie.

3^o L'impossibilité probable d'enlever l'appendice malgré tous les efforts. L'enseignement de la clinique est là pour prévenir le chirurgien, d'où l'obliga-

(1) Un cas de mort rapide par ouverture de gros vaisseaux a été signalé entre autres par Delorme à la *Société de Chirurgie*, en 1893

tion de faire une intervention nécessairement incomplète c'est-à-dire sans appendicectomie.

Nous préconisons encore l'appendicectomie sous-séreuse dans les cas ordinaires de résection, à froid surtout, où l'on a le choix entre ce procédé et les autres, comme plus simple et plus sûr.

Et, d'une façon générale, nous pouvons dire que ce procédé peut rendre le double service :

a). De permettre d'enlever un appendice difficile à désinsérer.

b). De l'enlever sans danger.

C'est donc un procédé de nécessité souvent et un procédé simple et facile de résection d'appendice dans les cas d'opérations à froid où l'on ne trouve ordinairement pas beaucoup d'adhérences et où l'on cherche, autant que possible, à faire une intervention pour ainsi dire idéale.

Nous jugeons à propos de reproduire, *in extenso*, l'observation du professeur Poncet, à laquelle nous faisons allusion et qui est relevée tout au long dans la thèse de Vignard :

« Le 24 avril 1899, M. Poncet fut appelé à la campagne pour pratiquer une appendicectomie sur une jeune fille de quinze ans. Les accident dataient de trois ou quatre jours, il n'y avait pas de tumeur dans la fosse iliaque, le ventre était peu ballonné et presque pas douloureux, sauf à droite.

« A l'incision, il s'écoula une cuillerée de liquide

séreux. L'intestin était rouge et le cœcum difficilement mobilisable.

« L'appendice était très adhérent aux anses intestinales voisines et donnait l'impression de ne pouvoir être libéré. Se guidant sur la bandelette postéro-interne du cœcum, M. Poncet arriva jusqu'à la base de l'appendice et pratiqua la section de ce dernier entre deux pinces. Essayant alors de dégager le bout inférieur avec le doigt, il vit la séreuse épaissie se dégager comme un doigt de gant, et il amena au dehors l'appendice tout entier, qui ressemblait à un gros lombric et était pelé sur toute sa longueur. A l'extrémité on voyait une perforation de 3 à 4 millim. de diamètre. Il était libre dans toute sa longueur et ne présentait ni rétrécissement, ni corps étranger.

« Une pince fut laissée sur le bout supérieur et la plaie drainée à la gaze iodoformée.

« A noter, que tout à fait au début de l'opération et en cherchant, comme on le fait d'ordinaire, l'extrémité de l'appendice, un abcès à pus très fétide s'était crevé tout d'un coup et avait failli inonder le péritoine.

« C'est alors que M. Poncet, conscient du danger qu'entraînaient de pareilles manœuvres, se porta vers la base de l'appendice et essaya du procédé que nous avons relaté.

« La guérison fut lente et la malade fut, quelques jours après, incisée sur la ligne médiane par M. Delore, pour drainer un abcès formé au devant de la vessie et au-dessus du pubis. A la suite de cette

FIG. 1.

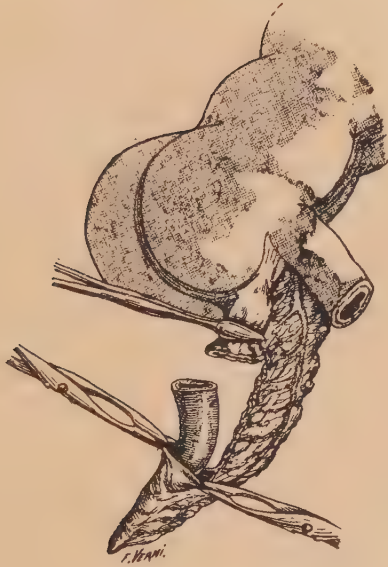


Figure empruntée à la thèse du Dr Vignard

deuxième intervention, la guérison survint assez rapidement ».

APPENDICECTOMIE SOUS-SÉREUSE TOTALE

L'appendice extrait de la sorte mesure 17 cent.

Opération et observation communiquées par M. le docteur Villard, chirurgien des Hôpitaux.

Jules G..., 17 ans.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

L'affection qui amène le malade à l'hôpital a débuté, il y a trois mois, par de violentes coliques, des vomissements alimentaires, du ballonnement du ventre et de la constipation. Un traitement médical, diète, vésicatoire et onguent belladonné calma les symptômes douloureux. Cependant, 15 jours après, un médecin, appelé, constate une tuméfaction apparente, au palper et à la vue, au niveau du point de Mac-Burney ; une ponction au bistouri à ce niveau amène la sortie d'une grande quantité de pus fétide. Une fistule intarissable ayant persisté, le malade fut de nouveau incisé, il y a trois semaines, un peu plus largement, tout près de la ligne médiane sur un point légèrement inférieur à la première intervention ; la poche d'abcès, vidée momenta-

nément se distendit, à nouveau malgré un suintement continu par les orifices pratiqués.

Il est à noter que, depuis la première intervention, l'état général était relativement satisfaisant ; le malade allait et venait, mangeait avec appétit et ne présentait aucuns symptômes intestinaux ; selles régulières, abdomen à peine métorisé. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on pense à une ostéite du pubis.

Opération le 21 juin 1901, par M. Villard. Incision de la paroi abdominale en suivant le trajet de la fistule la plus interne, trajet qui conduit vers l'épine du pubis ; on trouve, en ce point, une logette rétro-pubienne remplie de fongosités inflammatoires simples, sans qu'en aucun point le tissu osseux du pubis soit altéré ; on reconnaît alors que le trajet fistuleux perfore les insertions inférieures du droit de l'abdomen et poursuit un trajet récurrent le long de la face postérieure de la gaine de ce muscle. On débride ce trajet et il est facile de reconnaître qu'il conduit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui est légèrement enflammé : on ouvre alors le péritoine en soupçonnant des lésions appendiculaires et on reconnaît de suite qu'une anse d'intestin grêle est fixée dans la profondeur par une adhérence solide ; celle-ci est libérée, non sans difficulté ; on se rend compte alors qu'elle était en contact avec l'extrémité de l'appendice ; celui-ci, dont on n'aperçoit que la pointe, plonge dans l'abdomen au milieu d'adhérences solides. L'appendicectomie qui s'impose, difficile à réaliser en raison de l'incision abdominale pratiquée, nécessitait, pour être menée à bien, un débridement beau-

coup plus large de la paroi abdominale. On essaye alors de tenter la décortication sous-séreuse. L'extrémité de l'appendice est saisie et fixée par une pince à pression ; une incision circulaire, n'intéressant que le revêtement séreux, est faite autour de l'organe, au voisinage de sa pointe et, en combinant des tractions avec le refoulement de la collerette séreuse, au moyen de pointes de ciseaux, on arrive très facilement à sortir de la gaine séreuse, considérablement épaissie, la totalité de l'appendice, et cela tout à fait à la façon d'une lame de sabre retirée d'un fourreau. L'appendice était long et mesurait 17 centimètres. Le manuel opératoire suivi a considérablement facilité l'appendicectomie. Une ligature a été posée à la base de l'appendice dépourvu de son revêtement séreux et la gaine péritonéale de décortication a été rabattue sur le moignon. Des points de suture ont rétréci l'incision abdominale et un drain de petit calibre a été laissé dans l'angle inférieur de la plaie.

Cette observation, très concluante, montre bien que le procédé sous-séreux est bien plus une opération de nécessité qu'une opération réglée, le *modus faciendi* d'urgence devant forcément varier devant telle ou telle situation clinique.

CHAPITRE III

Des différents procédés de résection de l'appendice. — Leur critique.

Dans ce chapitre nous ne voulons pas faire œuvre de compilation, car il nous semble bien superflu de résumer ici, en détail, les différents modes d'appendicectomie et de discuter les indications du moment de l'opération.

Mais, avant de décrire la technique de l'appendicectomie sous-séreuse, nous tenons simplement à indiquer quelques autres procédés opératoires, mais brièvement, et pour montrer ensuite qu'en les modifiant légèrement — par un simple artifice : la résection sous la capsule séreuse — on peut parer à

certains inconvénients qui gênent parfois considérablement le chirurgien.

Nous allons donc passer en revue quelques procédés — les plus employés — et nous permettre, au cours de ce chapitre, quelques considérations critiques.

En face d'une appendicite à opérer, il s'agit, avant tout, d'aborder l'organe, d'inciser la paroi. A quoi bon insister, ici, sur les différentes incisions? Les indications et contrindications restent identiques, que l'on emploie le procédé séreux ou tout autre procédé courant d'appendicectomie à froid.

Bien plus, c'est seulement une fois faite la laparotomie que l'on doit discuter comment on réséquera l'appendice.

Actuellement on a recours soit à l'incision de Roux, soit à celle de Jalaguier. Aussi bien, à ce sujet, on trouvera tous les détails nécessaires dans la thèse de Kouindjy (1898), dans celle de Vignard, dans celle de Lecorney (Paris 1899), dans les monographies de Legueu et Broca, dans l'article du *Traité de Chirurgie*. Nous y renvoyons le lecteur, nous contentant de faire observer que l'incision de Roux parallèle à l'arcade de Fallope découvre très bien la région vermiculaire, mais, coupant le muscle en travers, expose à l'éventration ultérieure; aussi est-elle généralement abandonnée pour celle de Jalaguier qui fait une incision verticale sur le bord externe du muscle droit. « Ce procédé, dit Broca, à l'avantage de donner toute garantie contre l'éventration, car, après-reconstitution de la paroi, le corps

charnu du muscle revient en place et forme, au-devant de l'incision péritonéale, une solide sangle musculaire ».

a). Le premier employé et le plus simple procédé d'appendicectomie consiste à lier l'organe près de sa base, en intéressant dans la ligature les trois revêtements (séreux, musculaire et muqueux), à poser une seconde ligature à un centimètre au-dessus de la première pour empêcher l'écoulement du liquide contenu dans l'appendice et à sectionner entre les deux ligatures.

Et, alors, le malade court un gros danger : celui de l'échappement des fils ; le cas échéant c'est l'intestin ouvert dans le péritoine y déversant ses toxines par la fistule du moignon, c'est la péritonite secondaire généralisée le plus souvent et la mort à peu près fatale.

Aussi ce procédé est universellement rejeté et Roux a pu dire : « La simple ligature est une faute du chirurgien ».

b). Un autre procédé, qui est le perfectionnement de celui-ci, consiste à assurer la fermeture du moignon par des ligatures. M. Vignard fait, avec raison, la remarque que l'emploi de pinces à forcipressure sur ce moignon est dangereuse. Il risque d'amener une altération des parois de l'organe et, secondairement, son ouverture sous le péritoine.

Comme amélioration du procédé, on a préconisé la destruction de la muqueuse au thermo ou son excision aux ciseaux avant les sutures.

Disons tout de suite que ces procédés, pour bons et suffisants qu'ils aient été dans un bon nombre de cas, ne mettent pas le malade à l'abri d'une ouverture secondaire du moignon appendiculaire. Ils ne sont donc pas suffisamment sûrs.

Jusqu'ici, nous voyons suturer d'un seul coup les trois enveloppes de l'organe.

Nous arrivons à des moyens plus parfaits dans lesquels on suture à part le péritoine et la musculo-muqueuse.

c). C'est d'abord le procédé de l'évidement. Vous sectionnez l'appendice après avoir détruit la muqueuse au fer rouge, vous évidez un peu l'intérieur de la bouche appendiculaire.

Puis, après avoir suturé la musculeuse (quelques auteurs se dispensent de ce détail) vous avez un lambeau de péritoine qui flotte et dépasse le moignon. Ce lambeau, exclusivement péritonéal, vous l'adossez à lui-même par des sutures de Lembert, et vous avez ainsi un moignon qui ne risque pas de s'ouvrir dans la séreuse, du moins les chances d'ouverture secondaire sont plus rares.

Nous ferons à ce procédé le même reproche qu'aux autres, c'est l'ouverture possible du moignon une fois l'opération terminée, ouverture secondaire plus rare, mais qui, malheureusement, a causé plusieurs morts.

d). Pour s'entourer de plus de sécurité encore, certains chirurgiens ont terminé par l'enfouissement du moignon. Bien décrit dans la thèse de Lecorney,

l'enfouissement du moignon a été préconisé par Dawbau, de New-York (1895). Il consiste à enchâsser dans un repli de la paroi cœcale le moignon appendiculaire, simplement réséqué et suturé, ou bien taillé en manchette et suturé. Pour obtenir cet enfouissement, cet enchâssement, on saisit le moignon avec une pince, on le presse contre la paroi cœcale, qui se déprime en sillon et on réunit par dessus le moignon les deux lèvres du sillon cœcal par un double plan de sutures de Lembert.

Ainsi compris et surtout combiné au procédé à manchette décrit plus loin, l'enfouissement du moignon appendiculaire est un procédé excellent et qui semble réunir toutes les sauvegardes contre une ouverture secondaire. En effet, il y a au moins deux plans, quelquefois trois, et même quelquefois quatre plans de sutures. On ne peut être plus généreux. D'ailleurs, la plupart des chirurgiens lyonnais emploient le procédé de l'enchâssement combiné, le plus souvent, avec celui dit « à manchette ».

e). Et nous y arrivons. Ce procédé nous intéresse plus particulièrement, en ce sens qu'il se rapproche plus que tout autre de celui qu'emploie le professeur Poncet pour l'appendicectomie sous-séreuse.

Préconisé par Mikulicz, par Brieger (in *Archiv. fur Klinisch. Chir.*, 1893), Quénu, Pollosson, Fowler (in *Annales of. Surgery*, mars 1894 et *Presse Médicale*, 1894), on l'appelle encore procédé à capuchon (1).

(1) Thèse de Boules, Paris 1899, et Th. Lecorney.

Voici en quoi il consiste :

Dans un premier temps, on incise circulairement le péritoine qui entoure l'appendice à une certaine distance de la base de l'organe, à un centimètre par exemple.

Puis on dissèque le péritoine de manière à obtenir une « manchette » que l'on relève ensuite.

Une fois la « manchette » séreuse constituée, on sectionne les deux autres tuniques de l'appendice non plus à 5 millimètres de la base, mais bien au ras du cœcum.

Dans un quatrième temps on cautérise et on lie sans s'occuper de la manchette, obturant, en somme, l'orifice appendiculo-cœcal.

Le cinquième temps comporte le rapprochement par sutures des deux bords de la manchette séreuse.

On a ainsi un double plan de sutures, l'un intestinal, le second péritonéal. Cette double assise peut être encore renforcée par l'invagination du tout dans la paroi cœcale qui vient former encore une enveloppe de sûreté.

Au point de vue critique, on ne peut que reconnaître, l'excellence du procédé, simple et relativement facile, il offre le plus de garanties possible. En cas d'appendicectomie à chaud, quand on opère le malade avant que des adhérences appendiculaires aient eu le temps de se constituer, il remplit tous les desiderata.

Mais, supposez une appendicectomie à froid, ou

bien une appendicectomie à chaud, chez un appendiculaire ancien à l'occasion des poussées de péritonite qui ont amené les crises (si vous admettez les idées de MM. Tripier et Paviot), ou qui les ont accompagnées, la réaction péritonéale aura amené des adhérences, lesquelles, plus ou moins étendues, sont aussi plus ou moins solides. Que ferez-vous de notre segment distal de l'appendice ?

L'enlever est chose nécessaire, mais bien difficile. Et voilà le chirurgien s'attaquant aux adhérences, prolongeant l'opération, le bistouri à la main, faisant courir au malade les dangers que nous avons signalés déjà au cours de cette étude.

C'est bien ici que l'appendicectomie sous-séreuse, simple point de détail, pourra rendre des services. On le comprendra facilement après l'exposé du manuel opératoire qui va faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Technique opératoire de l'appendicectomie sous-séreuse

Jusqu'ici nous nous sommes efforcé de démontrer que l'appendice peut être considéré comme un organe capsulé. D'autre part, nous basant sur des faits expérimentaux, nous avons admis que cet organe peut être facilement décapsulé sans qu'on ait à lutter contre les adhérences de la capsule à l'organe. L'appendice se pèle comme une grenouille, on peut l'enlever à sa gaine « comme on tire le sabre du fourreau.

Avant d'entrer dans la technique de l'opération nous devons prévenir une objection que l'on pourrait présenter.

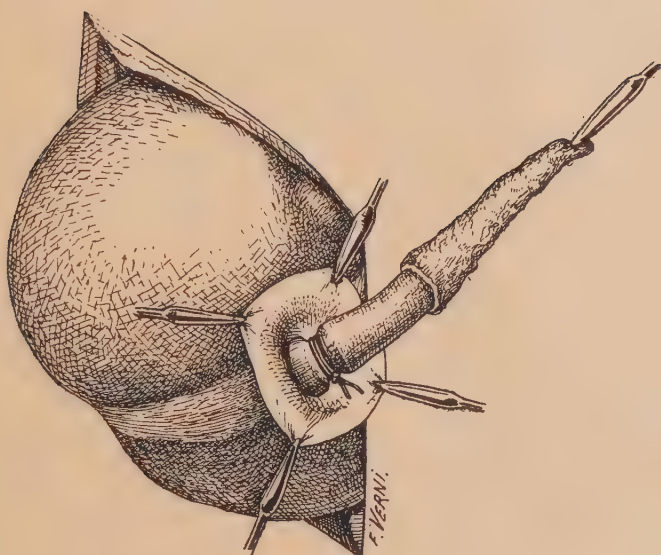
Assimilant l'appendice à un organe capsulé, au rein par exemple, ne doit-on pas craindre que dans le cas de péritonite péri-appendiculaire, des adhérences pathologiques n'augmentent l'adhésion intime de l'organe à l'enveloppe ?

Que de fois avons-nous vu, à l'autopsie des rénaux, dans les cas de néphrite chronique, la capsule du rein adhérer à l'organe. En tirant dessus on n'arrive pas à décortiquer le rein et, ça et là, le parenchyme se détache avec la capsule. Il doit en être de même de l'appendice, puisqu'il s'agit ici d'une capsule formée, épaissie, en tous cas, par un processus inflammatoire.

A cette objection nous devons répondre par des faits expérimentaux, et la question se résume à savoir, en somme, si l'appendice des malades à opérer se tire de la gaine avec la même facilité que l'appendice des gens qui n'ont pas d'appendicite. *Dans la majorité des cas* la réponse doit être positive. L'appendice d'un appendiculaire chronique n'adhère pas suffisamment à la capsule pour l'empêcher de se dégainer facilement. Du moins, c'est ce qui résulte des expériences de M. Vignard, et aussi des faits cliniques, en particulier de celui du professeur Poncet, que nous relatons dans l'observation jointe à cette thèse.

Passons donc au manuel opératoire. Une fois l'appendice mis à nu, avec son revêtement péritonéal, il s'agit de trouver la base de l'organe. On procède comme d'ordinaire, en suivant le trajet de l'une quelconque des bandes du cœcum toutes les trois convergeant à la base de l'appendice. On cherche, le

FIG. II



plus généralement, comme le fait remarquer Vignard « la bandelette postéro-interne dans le prolongement de laquelle se trouve précisément l'appendice ».

Une fois la base de l'appendice, reconnue on fait, à un centimètre et demi environ au-dessus de cette base, une incision circulaire qui n'intéresse que la séreuse. Cette incision faite on décolle la séreuse en la retroussant et on met ainsi à nu l'appendice.

A ce moment de l'opération on place un fil à la base de la portion du processus qui a été décortiquée et on sectionne l'organe. Il reste un capuchon séreux que l'on rabat sur le moignon et dont on adosse les lèvres par des points séro-séreux.

La figure ci-contre (p. 47), dessinée au laboratoire de la Faculté, d'après les indications de M. Vignard, précise bien le temps caractéristique du procédé, la formation de la collerette péritonéale.

Nous n'avons pas parlé du méso. Il est bien entendu qu'ici comme ailleurs, il faut le pincer et le lier, s'il en est besoin, de façon à éviter une hémorragie.

L'appendicectomie sous-séreuse peut parfois offrir certaines difficultés dans les cas d'opération à chaud et lorsqu'on l'emploie comme procédé de nécessité. Elles ne tiennent pas à l'adhérence de l'organe à sa capsule, comme on pourrait s'y attendre. Nous nous sommes expliqué à ce sujet.

Elles tiennent bien plutôt à la fragilité de l'appendice dont les parois malades peuvent présenter des points d'ischémie ou de gangrène qui favorisent sa

rupture au moment de dégainer l'organe. Dans ces cas, au lieu d'enlever l'appendice d'un seul coup, on arrachera une partie seulement de l'organe en quelque sorte décapité par le processus ulcéreux ou gangréneux.

Quelle conduite tenir alors? Recommencer l'opération au niveau de la rupture peut être parfois utile. Mais nous croyons plus prudent de s'abstenir. On pourrait, à la rigueur, nettoyer le trajet en y passant une curette, puis cautériser et drainer même. Les faits cliniques manquent, malheureusement, pour donner leur appui et confirmer cette conduite. Il nous paraît sage, cependant, d'agir ainsi, si l'on adopte ce procédé.

Un autre cas peut se présenter. C'est celui dans lequel l'appendice, perforé à son extrémité libre, reste, sur son trajet, entouré d'une capsule plus ou moins épaisse, mais se vide, par son bout inférieur, dans une poche néoformée constituée par des adhérences de défense. Ici pas de contrindication à l'appendicectomie sous-séreuse; seulement, une fois l'appendice décortiqué, on pourra ouvrir la poche infectée, la vider, l'aseptiser et drainer pour plus de sûreté.

CHAPITRE V

Appendicectomie sous-séreuse partielle.

A côté de l'appendicectomie sous-séreuse totale on peut pratiquer, dans quelques cas, des appendicectomies sous-séreuses partielles; ce sont les cas, par exemple, où il est difficile de libérer l'appendice au niveau de sa base adhérente au cœcum; dans ce cas-là, en effet, on est exposé à deux dangers: ou bien laisser en place un moignon appendiculaire qui peut devenir le point de départ de nouveaux accidents infectieux, ou bien déchirer la paroi cœcale au cours de la décortication, et cela d'autant mieux que cette paroi est rendue friable par l'inflammation chronique voisine.

Un bon procédé consiste alors à faire une incision

circulaire des tuniques de l'appendice mais n'intéressant pas le revêtement séreux et cela au ras de la zone limite de décortabilité.

Il devient alors facile d'énucléer, en quelque sorte, de cette gangue d'adhérences toute la base de l'appendice qui s'étire facilement par traction et refoulement du revêtement péritonéal par des pointes de ciseaux fermés. Le revêtement séreux devient ultérieurement même un bon moyen d'enfouissement de la ligature appendiculaire et forme une protection efficace pour la cavité péritonéale.

M. Villard a eu l'occasion d'employer cet artifice opératoire quatre ou cinq fois pour appendicectomie à froid et, dans tous les cas, avec succès. Malheureusement, nous ne pouvons reproduire les observations, la plupart de ces interventions, faites dans la clientèle privée, n'ayant pas leur histoire détaillée.

En tout cas, c'est une opération facile qui favorise considérablement les manœuvres et permet d'enlever la totalité de l'appendice avec la plus grande simplicité. Quand la décortication doit être faite sur une grande longueur, on peut brancher une incision verticale sur l'incision circulaire.

Nous reproduisons ci-contre, une observation que nous avons prise dans le service de M. le Dr Goullioud, intéressante au point de vue de la résection de l'appendice, sous-séreuse dans son premier temps.

« G..., Juliette âgée de 35 ans, n'a aucun antécédent héréditaire morbide. Réglée à 14 ans, elle a toujours joui d'une parfaite santé.

« Deux ans avant son entrée à l'hôpital elle eut une crise appendiculaire qui dura quinze jours et qu'on traita par le repos et la diète. Cinq jours avant sa première hospitalisation elle eut une indigestion sérieuse qui s'accompagna de vomissements alimentaires et de fortes coliques. Le ventre, en même temps, était ballonné avec arrêt de matières et de gaz.

« La palpation de l'abdomen montre une région très douloureuse au-dessus du point de Mac-Burney ; on sent, à ce niveau, une zone d'induration des dimensions d'une petite mandarine, très profondément située, un peu allongée obliquement avec matité à son niveau. Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée. Pas de réaction de défense musculaire. En l'absence de troubles fonctionnels alarmants, la malade est renvoyée chez elle au bout de huit jours, mais avec promesse de revenir dans un mois.

« A son retour, on ne trouve plus, dans la fosse iliaque, qu'un petit nodule indolore du volume d'une noix. Il n'y a pas eu de nouvelle crise.

« Anesthésie à l'éther. Incision dans la fosse iliaque droite, parallèle au pli de l'aîne ; le péritoine ouvert, on se trouve en présence de l'appendice volumineux très adhérent au cœcum ; ne pouvant songer à l'enlever avec son péritoine, on le décortique de sa gaine en partant d'un petit orifice produit spontanément près de la pointe. Le décollement est poursuivi aussi

loin qu'il se peut et l'appendice est sectionné au ras de la zone de décorticabilité.

« La partie restante du processus vermiforme, confondue avec une zone d'induration suspecte se prolongeant sur le gros intestin, est enlevée de la façon suivante : une pince est placée à la base de l'appendice empiétant sur le cœcum, on sectionne au-dessus, puis on obture, par trois plans de suture, l'orifice cupulaire créé sur le gros intestin.

« Suites normales. »

CONCLUSIONS

I. — Il faut entendre, avec M. le professeur Poncet, sous le nom d'appendicectomie sous-séreuse, l'ablation de l'appendice qui a été préalablement dépouillé de sa gaine séreuse.

II. — Cette opération, comparable à la néphrectomie sous-capsulaire, par exemple, rend facile et innocente la résection de l'appendice profondément adhérent aux anses intestinales, aux tissus voisins; etc.

III. — Elle limite un champ bien déterminé; les manœuvres opératoires sont souvent d'autant plus dangereuses qu'elles s'exercent dans des tissus enflammés, friables, qu'elles exposent ainsi à l'infection péritonéale et à des déchirures d'intestin.

IV. — L'appendicectomie sous-séreuse met encore à l'abri des hémorrhagies et présente, en résumé, tous les avantages des opérations sous-capsulaires.

V. — Elle trouve des indications dans les appendicectomies à chaud, ainsi que l'a montré M. Poncet dans sa première opération et surtout dans les vieilles appendicites chroniques, suppurées ou non, alors que l'appendicite fait corps intime avec les organes voisins.

VU :

Le Président de la Thèse,

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 juin 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

ROUTIER. — *Presse Médicale*, 1895, 1897, 1899.

LAUTARD. — *Archives provinciales de Chirurgie*,
Paris, 1895.

JABOULAY et PONCET. — *Mémoires et Comptes rendus
de la Société des Sciences Médicales de Lyon*,
1891-1892.

PONCET. — *Province Médicale*, 1892.

POLLOSSON. — *Lyon Médical*, 1883.

PONCET. — Communication à l'Académie de Médecine, 1894, décembre.

COILLIER. — Thèse Paris, 1899.

COCHET. — Thèse Paris, 1898.

BROCA. — *Revue de Chirurgie*, 1898.

DEMOULIN. — *Journal des Praticiens*, 1898.

OLLIVIER. — Thèse Lyon, 1897-1898.

- KONINDJY. — Thèse Paris, 1897-1898.
Société de Chirurgie, juillet 1898.
- GÉRARD-MARCHAND. — *Société de Chirurgie*, juillet 1895.
- REVILLIOD. — *Revue Médicale de la Suisse romande*, 1892.
- QUÉNU. — *Société de Chirurgie*, décembre 1893.
- ROULIER. — *Société de Chirurgie*, 1895, juillet.
- JALAGUIER. — *Presse Médicale*, 3 février 1897.
- GRINDA. — Congrès de Moscou, 1897.
- GRAMBOULAN. — Thèse Paris, 1896.
- CHALLIOL. — Thèse Lyon, 1894.
- Max SCHULLER. — *Archives de Langenbeck*, 1889.
- POIRIER. — *Société de Chirurgie*, 1898, juillet.
- SCHWARTZ. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1894.
- PONCET. — *Gazette hebdomadaire de Médecine Paris*, 1894.
- QUÉNU. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1893.
- ROUTIER. — *Semaine Médicale*, 1891.
- FOWLER. — *Presse Médicale*, 1894.
- VERCHÈRE. — *Médecine Moderne*, décembre 1896.
- BRUN. — *Presse Médicale*, mai 1897.
- BROCA. — Appendicite. — *Actualités Médicales*.
- MONOD et VAUVERTS. — *Encyclopédie Léauti*.
- LEGUEU. — Monographie clinique.
- DAMAYE. — Th. de Paris, 1895.
- MARGERY. — Th. de Lyon, 1892.
- CORNU. — Th. de Bordeaux, 1893.
- DIEULAFOY. — *Presse Médicale*, 8 février 1899.

Annales of Surgery, 1898, p. 376.

LAVABRE. — Th. Lyon, 1897.

CULLIANU. — Th. Paris, 1897.

LECORNEY. — Th. Paris, 1899.

DELBET. — *Arch. de Méd.*, 1897.

GRINDA. — Congrès de Moscou, 1897.

Mac BURNEY. — *Annales of Surgery*, 1897.

KUMMEL. — *Bull. Médic.*, 1895.

GANGOLPHE et DUPLANT. — *Revue de Chirurgie*, 1897.

HINGLAIS. — Th. Lyon, 1898.

TABLE

PRÉLIMINAIRES	7
CHAPITRE PREMIER. — Interventions sous-capsu- laires en général.	11
CHAPITRE II. — Appendicectomie sous-séreuse totale	19
CHAPITRE III. — Des différents procédés de résection de l'appendice. — Leur critique....	35
CHAPITRE IV. — Technique opératoire de l'ap- pendicectomie sous-séreuse totale.....	43
CHAPITRE V. — Appendicectomie sous-séreuse partielle.....	49
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55

